

Выводы. На основании проведенного исследования правомерно рекомендовать профилактику тромбоэмболических осложнений всем пациентам с инфекцией COVID-19, особое внимание уделяя учету суммарного сердечно-сосудистого риска, анализу данных лучевой диагностики органов грудной клетки, оценке сатурации крови кислородом. Следует подчеркнуть, что профилактика тромбоэмболических осложнений инфекции COVID-19 эффективна и должна проводиться не только на госпитальном, но и на догоспитальном этапе лечения пациента, что нашло отражение в последних национальных рекомендациях [2] и зарубежных публикациях [3].

Литература:

1. Об отдельных вопросах оказания медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19 : Приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь №488 от 24.04.2020 г.
2. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь №1195 от 11.11.2020 г. «Об изменении приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 июня 2020 г. №615 и от 15 апреля 2020 г. №433».
3. MATH + protocol for the treatment of SARS-CoV-2 infection: the scientific rationale / Paul E. Marik [et al.] // Expert Review of Anti-Infective Therapy. – 2020. doi.org/10.1080/14787210.2020.1808462.

УДК 616.248:615.371

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРИКОЖНОЙ
И СУБЛИНГВАЛЬНО-ПЕРОРАЛЬНОЙ АЛЛЕРГОВАКЦИНАЦИИ
У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

Сидоренко Е.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Бронхиальная астма (БА) является гетерогенным заболеванием, которое характеризуется хроническим воспалением дыхательных путей. Ингаляционные глюкокортикостероиды и β_2 – агонисты короткого действия являются наиболее широко применяющимися в лечении БА лекарственными средствами, влияющими на степень контроля заболевания. Однако после снижения лечебной дозы либо их отмены возможно потеря контроля над симптомами БА, так как большинство базисных лекарственных средств не оказывают влияния на иммунный ответ [1]. Единственным методом лечения, который в состоянии изменить иммунный ответ и клиническое течение БА является аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ) [2]. При проведении АСИТ модулируются как врожденный, так и адаптивный иммунные ответы, что и приводит к клиническому улучшению.

Цель работы. Оценка сравнительной эффективности внутрикожной и сублингвально-пероральной аллерговакцинации у пациентов с аллергической бронхиальной астмой.

Материал и методы. Наблюдались 123 пациента с аллергической БА в возрасте 18–60 лет. Все пациенты получали стандартную фармакотерапию, рекомендованную республиканским протоколом диагностики и лечения БА [3]. 36 пациентов 1-й группы получали АСИТ с внутрикожным введением смеси водно-солевых экстрактов бытовых аллергенов (инструкция по применению МЗ Республики Беларусь рег.№ 041-0413 от 04.10.2013), 51 пациент 2-й группы – низкодозовую сублингвально-пероральную аллерговакцину на гомеопатических гранулах (состав: домашняя пыль, пылевой клещ *D. pteronyssinus*, перо подушки, библиотечная пыль; пострегистрационные испытания таблетированной аллерговакцины аналогичного состава были проведены в 2013–2014 гг. [4]). Фармакотерапию без АСИТ получали 36 пациентов 3-й группы (положительный контроль). В течение года проводился мониторинг состояния пациентов с оценкой числа и тяжести обострений БА, потребности в β_2 -агонистах короткого действия, времени наступления позитивного АСИТ. Результаты исследования обрабатывались с помощью пакета статистики Statistica 10 с использованием методов непараметрической статистики, выражались в виде медианы (Me) и квартилей [25-75]. Зависимые переменные сравнивались при помощи

критерия Вилкоксона, независимые переменные – с использованием U-критерия Манна-Уитни, различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. До курса АСИТ не было различий по числу обострений между группами не было (табл. 1).

Таблица 1 – Количество обострений БА в течение 12 месяцев, [Ме, 25;75]

Группы, метод лечения	Этапы исследования	
	Исходно	Через 12 месяцев
1-я, внутрикожная АСИТ	2,0 [0,0;4,0]	0 [0,0;0,0]*
2-я, сублингвально-пероральная АСИТ	3,0 [0,0;4,0]	0 [0,0;8,0]*
3-я, фармакотерапия	2,0 [1,0;2,0]	2,0 [1,0;2,0]
р-значение	$p_{1-2} = 0,63$ $p_{1-3} = 0,06$ $p_{2-3} = 0,84$	$p_{1-2} = 0,13$ $p_{1-3} < 0,001$ $p_{2-3} = 0,001$

Примечание: * - $p < 0,001$ – различия в группе по сравнению с исходной величиной, p_{1-2} , p_{1-3} , p_{2-3} – различия между группами.

Исходно в группе 1 обострения наблюдались у 18 из 36 (50%) пациентов, в группе 2 – у 30/51 (58,2%), в группе 3 – у 24/36 (66,7%) пациентов. Обострения относились к категории среднетяжёлых, не требовали госпитализаций, возникали на фоне острых вирусных инфекций и при контакте с причинно-значимыми аллергенами. За период 12 месяцев отмечено существенное снижение числа обострений до полного их отсутствия в группах 1 и 2, тогда как частота обострений у пациентов группы 3 в течение года не изменилась.

Изменение потребности пациентов в β_2 -агонистах короткого действия представлено в табл. 2.

Таблица 2 – Изменение потребности в β_2 -агонистах короткого действия (количество доз за 4 недели [Ме, 25;75])

Группы, метод лечения	Этапы исследования	
	Исходно	Через 12 месяцев
1-я, Внутрикожная АСИТ	10,5 [4,0;18,0]	0 [0,0;0,0]*
2-я, сублингвально-пероральная АСИТ	13,5 [5,0;86,0]	0 [0,0;8,0]*
3-я, фармакотерапия	8,0 [4,0;12,0]	7,0 [1,0;15,0]
р-значение	$p_{1-2} = 0,015$ $p_{1-3} = 0,28$ $p_{2-3} = 0,26$	$p_{1-2} = 0,103$ $p_{1-3} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,001$

Примечание: * - $p < 0,001$ – различия в группе по сравнению с исходной величиной, p_{1-2} , p_{1-3} , p_{2-3} – различия между группами.

Как видно из таблицы 2, исходно между группами не было выявлено различий в потребности в β_2 -агонистах короткого действия. Потребность в короткодействующих β_2 -агонистах снизилась в группах 1 и 2 через 12 месяцев лечения на 100%, тогда как в группе 3 существенного снижения их доз не наблюдалось. Проведение как внутрикожной, так и сублингвально-пероральной АСИТ уменьшало симптомы БА в большей степени, чем фармакотерапия ($p_{1-3} < 0,001$, $p_{2-3} = 0,001$).

У пациентов, получавших АСИТ, учитывали время наступления позитивного эффекта. Уменьшение симптомов БА и потребности в β_2 -агонистах короткого действия отмечалось уже после 3 месяца от начала лечения у 25% (9/36) в случае внутрикожной АСИТ и 2-го месяца от начала лечения у 54,9% (28/51) при сублингвально-пероральной АСИТ. Затем эффект лечения постепенно нарастал у большинства пациентов. К 12-ти месяцам от начала АСИТ 96,7% (119/123) пациентов отметили положительный эффект лечения.

Выводы.

1. При бронхиальной астме предпочтительным методом лечения в сравнении с фармакотерапией являются внутрикожная или сублингвально-пероральная аллергенспецифическая иммунотерапия,

которые приводят к снижению частоты обострений, снижению потребности в β_2 -агонистах короткого действия.

2. Клиническая эффективность сублингвально-пероральной АСИТ отмечается в более ранние сроки от начала терапии в сравнении с внутрикожной АСИТ.

Литература:

1. Global Initiative for Asthma (GINA) Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2020 GINA Report [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ginasthma.org/2020-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/>. – Дата доступа: 10.10.2020.
2. EAACI: Guidelines on AIT for allergic asthma 2017, http://www.eaaci.org/documents/AIT/Allergic_asthma_AIT_03_06_17.pdf.
3. Клинический протокол диагностики и лечения бронхиальной астмы/ Приложение 3 к приказу М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 05.07.2012, № 768. – Прил. 3. – 20 с.
4. Выхристенко, Л.Р. Пероральная низкодозовая аллерговакцина АВ-1П для лечения пациентов с atopической бронхиальной астмой: эффективность и безопасность / Л.Р. Выхристенко // Вестн. ВГМУ. – 2013. – Т. 12, № 3. – С. 41–47.

УДК 616-002.147-07:615.8

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОБОСТРЕНИЯ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА И ОСТРОГО РЕАКТИВНОГО АРТРИТА

Сиротко О.В., Сиротко В.В., Мороз О.К., Литвяков А.М.
УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Дифференциальная диагностика суставного синдрома при поражении первого плюснефалангового сустава подразумевает разграничение двух основных групп заболеваний: микрокристаллические артриты и серонегативные спондилоартропатии (в частности, реактивный артрит). Сложности диагностики микрокристаллических артритов заключаются в инвазивности метода определения кристаллов в синовиальной жидкости, связаны с недостаточным распространением поляризационной микроскопии в учреждениях здравоохранения, отсутствием повышения уровня мочевой кислоты в период острого приступа подагрического артрита. В свою очередь диагностика реактивного артрита на практике в 30% случаев затруднена в связи с отсутствием лабораторного подтверждения триггерной инфекции. Наиболее общедоступным, малозатратным, неинвазивным и быстрым методом диагностики является ультразвуковое исследование (УЗИ) суставов [1, 2].

Цель работы. Разработка критериев ультразвуковой диагностики подагрического артрита (ПА) и реактивного артритов (РеА).

Материал и методы. Нами были обследованы 20 пациентов с ПА, 36 пациентов с РеА. Диагноз ПА устанавливался в соответствии с диагностическими критериями Американской коллегии ревматологов (ACR) и Европейской антиревматической лиги (EULAR) 2015 [3]. Все пациенты с ПА (20) – мужчины (100%), медиана возраста которых составила 46 лет (33-56), медиана длительности течения заболевания – 1,4 года (0,55-2,1). Пациенты с РеА отвечали предварительным Международным критериям (4th International Workshop on Reactive Arthritis, Berlin 1999). В группе пациентов с РеА женщины составили 16 человек (44,4%), а мужчины □ 20 человек (53,6%), медиана возраста - 34 года (31–42), медиана длительности течения РеА – 1 год (0,3-3,25), активность I степени была определена у 8 (22,3%) человек, II – у 10 (27,7%), III – у 18 (50%).

Всем пациентам проводилось мультиплоскостное динамическое исследование I плюснефалангового сустава в продольной и поперечной плоскости ультразвуковым аппаратом экспертного класса «Voluson 730 GE-Expert» с использованием датчика с частотой 12 МГц с Допплером.